ZWEI FÄLLE

VON

HAEMATHOCELE RETROUTERINA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR JOHANN VON SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GYNÄKOLOGIE UND VORSTAND DER GEBURTSHILFLICH-GYNÄKOLOGISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

ERNST GREIN

APPROB. ARZT AUS DARMSTADT

TÜBINGEN 1889

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

Seit dem Erscheinen der Arbeit von *Schickler* über die Haematocele retrouterina [1]) sind im Laufe des Wintersemesters 1888/89 an der Tübinger geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zwei weitere Fälle von Haematocele retrouterina zur Beobachtung und Behandlung gekommen, welche Herr Professor Dr. von *Säxinger* die Güte hatte, mir zur Veröffentlichung zu überlassen. Die beiden Fälle bieten manches Interessante, der eine in Bezug auf die Aetiologie, der andere in Bezug auf seinen Verlauf.

Die wichtigsten Punkte aus der Anamnese des ersten Falles sind kurz folgende:

Frau M. F. 26 Jahre alt, war immer regelmässig vierwöchentlich drei bis vier Tage ohne besonderen Blutverlust menstruiert. Sie hat dreimal am Ende der Schwangerschaft ohne Kunsthilfe geboren. Der Verlauf des Wochenbettes war stets ein normaler.

Seit August 1888 blutet die Patientin täglich ununterbrochen. Die Blutungen sind von wechselnder Stärke; vor Eintritt derselben sei die Periode nicht ausgeblieben, auch hielt sich die Patientin nicht für schwanger.

Am 30. Oktober 1888 kam die Patientin in die Behandlung der hiesigen geburtshilflich-gynäkologischen Klinik.

Vor ungefähr 5 Wochen, also etwa Ende September, stellten sich heftige Schmerzen im Bauch und besonders auch im Kreuz ein, die auch heute noch vorhanden sind; ebenso ist das Wasserlassen und der Stuhlgang, der immer „hitzig" ist, schmerzhaft.

Durch die Blutungen und die Schmerzen ist die Patientin in der letzten Zeit bedeutend heruntergekommen; schon seit längerer Zeit ist sie nicht mehr im stande, ihren Geschäften nach-

1) *E. Schickler*, über Haematoc. retrout. Inaug. Dissert. Tüb. 87.

zukommen; wegen der verschiedenen Beschwerden ist ihr das Stehen und Gehen unmöglich und auch beim Sitzen und Liegen hat sie Schmerzen, hauptsächlich im Kreuz. Die Frau weiss keinen Grund für ihre Erkrankung anzugeben; sie will sich nie während einer Periode verkältet haben, auch schloss sich das Auftreten der andauernden Blutung nicht an eine Menstruation an.

Status praesens am 30. Oktober 1888: Die Patientin ist mittelgross und kräftig genährt. Sie hat einen leidenden, schmerzhaften Gesichtsausdruck. Die Farbe des Gesichtes ist ziemlich blass, die Schleimhäute sind anämisch. Patientin geht äusserst beschwerlich; das Auftreten und jede Bewegung verursacht Schmerzen im Kreuz.

Bei der äusserlichen Untersuchung fühlt man in der Unterbauchgegend hauptsächlich auf der rechten Seite einen Tumor, der nicht ganz bis zur Höhe des Nabels herauf reicht. Die Bauchdecken, welche ausser einigen alten Schwangerschaftsnarben keine Veränderung zeigen, sind über dem Tumor unter Schmerzen verschieblich. Der Tumor selbst hat eine rundliche Form und eine mehr weniger glatte Oberfläche, welche beim Bestreichen ziemlich schmerzhaft ist, seine Konsistenz ist prall elastisch.

Ausserdem findet sich rechts von der Mittellinie ein kleinerer, ungefähr nussgrosser Tumor von festweicher Konsistenz, der zwar für sich beweglich ist, aber mit dem grösseren Tumor in Verbindung zu stehen scheint. Die leiseste Berührung dieses kleineren Tumors ist von enormer Schmerzhaftigkeit.

In der Scheide befinden sich ältere Blutcoagula neben frischem Blut. Der Vaginalteil ist nach links und oben gedrängt, und hinter dem linken horizontalen Schambeinast zu fühlen. Der Uterus selbst ist nicht durchzutasten.

Direkt hinter dem Vaginalteil fühlt man bei bimanueller Untersuchung einen etwa kindskopfgrossen Tumor von prallelastischer Konsistenz und nicht deutlicher Fluktuation. Der Tumor drängt das hintere Scheidengewölbe halbkugelig nach abwärts; er lässt sich bewegen, die Bewegungen verursachen Schmerzen, der Vaginalteil macht die Bewegungen prompt mit.

Die Sonde geht schräg nach links und oben 7,6 cm. ein; auch sie folgt den Bewegungen des Tumors. Es wird also jedenfalls der Uterus und der Vaginalteil eng mit dem Tumor in Verbindung stehen. Die Sondierung ist sehr schmerzhaft.

Vom Mastdarm aus lässt sich der Tumor leichter abtasten; nach rechts und links geht er nicht ganz bis an die Beckenwand, man kann bei bimanueller Untersuchung zwischen Tumor und Beckenwand in der Gegend der Parametrien die Finger zusammenbringen. Auch die vom Mastdarm aus zu fühlende Oberfläche des Tumors ist sehr schmerzhaft. Die Ovarien können nicht nachgewiesen werden.

Die Behandlung der Patientin bestand in absoluter Bettruhe und Sorge für regelmässigen Stuhlgang; es wurde ihr ein Eisbeutel auf den Bauch gelegt und innerlich erhielt sie Secale cornutum in der in der hiesigen Klinik üblichen Form (Rp. Extr. sec. corn. Denzel 2,0. Aq. Cinnam. 180,0. M. D. S. 2mal täglich einen Esslöffel voll zu nehmen).

Da Patientin des öfteren den Urin spontan nicht entleeren konnte, so wurde zeitweise katheterisiert.

Die Blutung wurde während der Behandlung zwar bedeutend geringer, aber vollständig hörte sie erst zu Anfang November auf, nachdem die Schmerzen bereits früher nachgelassen hatten.

Anfangs Dezember trat wieder eine leichte Blutung ein, welche Patientin selbst für eine Menstruation hielt, was sie daraus schliesst, dass sie bei dieser Blutung dasselbe Gefühl im Unterleib hatte, wie bei den früheren Perioden. Auch hörte die Blutung am vierten Tage spontan auf. Vor Eintritt derselben waren die Schmerzen im Kreuz wieder etwas stärker geworden.

Im Verlauf der Monate November und Dezember ergaben mehrere, in bestimmten Zeiträumen vorgenommene Untersuchungen, dass der Tumor allmählich immer kleiner und fester geworden war. Der Uterus liess sich Mitte November bimanuell heraustasten und vom Tunor isolieren. Derselbe ist entsprechend der Verkleinerung des Tumors mehr nach abwärts gerückt; man fühlt jetzt ganz deutlich, dass der Tumor sich eng an die Hinterfläche des Uterus

anschliesst. Die Gegend der beiden Parametrien rechts und links ist vollständig frei und gut durchzutasten.

Der kleine, nussgrosse Tumor rechts von der Mittellinie war zu dieser Zeit nicht mehr nachzuweisen.

Die schmerzlos auszuführenden Bewegungen des Tumors, die jetzt ausgiebiger als bei der Aufnahme gemacht werden können, macht der Uterus immer mit.

Das Befinden der Patientin ist ein befriedigendes, sie hat sich im Laufe der Behandlung sichtlich erholt.

Eine gegen Ende Dezember vorgenommene Untersuchung gibt folgenden Status: Der bequem herauszutastende Uterus ist anteflektiert und bei der bimanuellen Untersuchung nirgends schmerzhaft. Er steht nahezu an seiner normalen Stelle, ist aber immer noch etwas nach links und etwas nach oben gelagert. Der Tumor hat jetzt eine platte Form angenommen, er ist ungefähr vier Finger breit, drei Querfinger hoch und etwa zwei Querfinger dick.

Zu Anfang Januar 1889 trat wieder die Periode zur rechten Zeit ein; sie dauerte fünf Tage, war von mässigem Blutverlust begleitet und schmerzlos.

Zwei Tage nach Aufhören der Menstruation klagte Patientin bei der Morgenvisite über sehr heftige Schmerzen im Kreuz und starkes Spannen im Bauch. Sie gibt an, dass die Schmerzen und Beschwerden ganz dieselben seien, wie im Beginn ihrer Erkrankung Ende August 1888.

Eine am folgenden Tag, also drei Tage nach der Caessation der menses vorgenommene Untersuchung gibt folgenden Befund: Der hinter dem Uterus befindliche Tumor, der bei der letzten Untersuchung, wie oben erwähnt, eine platte Form angenommen hatte, ist wieder bedeutend grösser, gut faustgross, und hat eine kugelförmige Ausdehnung. Er hat auch wieder wie früher eine prall elastische Konsistenz mit undeutlicher Fluktuation. Der Uterus ist ebenfalls wieder mehr nach links und oben hinter den linken horizontalen Schambeinast disloziert, jedoch lässt er sich bimanuell abtasten. Die Untersuchung ist schmerzhaft, aber nicht in dem Grade wie in der ersten Zeit der Erkrankung.

Die angegebenen Beschwerden liessen im Verlauf des Monats Januar allmählich nach, um dann vollständig aufzuhören. Auch zeigten mehrere Untersuchungen, dass der Tumor sich rasch resorbiert und härter wird; die letzte Untersuchung Ende Januar, verursachte keine Schmerzen.

Da die Patientin sich Anfangs Februar wegen heftigen Heimweh's nicht mehr in der Klinik zu weiterer Behandlung und Beobachtung zurückhalten lässt, wird sie am 15. Februar nach Hause entlassen.

Die letzte Menstruation — Anfangs Februar — verlief völlig schmerzlos und ohne Beschwerden.

Der Status bei der Entlassung am 15. Februar ist folgender: Die Scheide ist weich, aufgelockert und sekretreich. Die Vaginalportion ist ebenfalls weich und aufgelockert, sie steht ziemlich median. Der Uterus lässt sich gut heraustasten; er liegt horizontal, der Fundus etwas nach links und oben. An die Hinterfläche des Uterus schliesst sich ein apfelgrosser, kugliger Tumor eng an, der sich mit dem Uterus bewegen lässt. Der Tumor fühlt sich ziemlich fest an; Tumor und Uterus sind völlig schmerzlos, ebenso wenig verursachen die Bewegungen irgend welche Schmerzen. Die Untersuchung vom Mastdarm aus ergibt nichts besonderes. Temperatursteigerungen waren nur in der ersten Zeit und auch hier nur unbedeutend vorhanden.

Die zweite Patientin wurde am 26. Dezember 1888 in die Klinik aufgenommen.

Aus der Anamnese ergibt sich folgendes: Patientin hat einmal vor drei Jahren ohne Kunsthilfe geboren. Das Wochenbett verlief normal.

Vier Wochen vor der Aufnahme begann Patientin, die in der sechsten Woche schwanger war, ohne äussere Veranlassung mässig zu bluten. Wehenartige Schmerzen traten erst einige Tage nachher auf. Ausserdem verspürte Patientin einen starken Druck auf den Mastdarm und hatte auch Beschwerden beim Wasserlassen.

Wegen der Blutung und der Beschwerden liess die Patientin einen Wundarzt rufen. Derselbe sagte ihr, die Gebärmutter liege nicht an der rechten Stelle und müsse aufgerichtet werden. Seine Untersuchung habe ihr heftige Schmerzen verursacht. Nach acht Tagen sei die Gebärmutter aufgerichtet worden, welche Manipulation ebenfalls mit starken Schmerzen verknüpft gewesen sei. Im Verlauf der nächsten Tage wurde Patientin noch mehrmals untersucht; die Untersuchung sei jedesmal sehr schmerzhaft gewesen.

Ungefähr 4 bis 5 Tage nach dem Aufrichten der Gebärmutter hat Patientin das Bett wieder verlassen, obgleich sie immer noch blutete. Seit etwa 14 Tagen seien die Schmerzen im Bauch viel heftiger; auch bemerkte Patientin, dass ihr Bauch dicker und härter wurde. Seit acht Tagen hat sie keinen Stuhlgang mehr gehabt; Winde sind abgegangen. Alle Abführmittel, auch Klystiere, die gegeben wurden, waren ohne Erfolg. Der Appetit, der schon seit mehreren Wochen abgenommen habe, sei in den letzten acht Tagen ganz vergangen. Das spontane Urinieren war zeitweise unmöglich, und Patientin musste mehrmals katheterisiert werden.

Am 24. Dezember wurde die Patientin in ihrer Heimat von Herrn Dr. Krauss aus Tübingen untersucht, dessen Freundlichkeit ich folgende Notizen verdanke:

»Blasse Gesichtsfarbe. Zunge trocken, braun belegt. Temperatur 38,2 in rect. 10. h. a. m.

Der ganze Unterleib auf Druck sehr schmerzhaft, etwas aufgetrieben.

Uterus retroflektiert, unbeweglich; er bietet im übrigen die Erscheinung eines schwangern Uterus dar. Im rechten Parametrium ein starres faustgrosses Exsudat auch links ein etwas kleineres Exsudat. Abgang von dunklem Blut. Cervix geschlossen.«

Der erste Status, der am Tage nach der Aufnahme der Patientin in die Klinik — am 27. Dezember — aufgenommen wurde ist folgender: Patientin sieht anämisch und blass wie eine Verblutete aus. Das Abdomen ist ziemlich gleichmässig stark meteoristisch aufgetrieben. Durch die schlaffen Bauchdecken

fühlt man mehrere mit dicken und harten Kothmassen gefüllte Darmschlingen, die an einzelnen Stellen bei der Betastung schmerzhaft sind. Die Gegend zwischen Nabel und Symphyse ist deutlich hervorgewölbt. Hier fühlt man einen grossen Tumor, der bis in die Gegend des Nabels hinaufreicht und die Unterbauchgegend von der Symphyse bis zum Nabel nahezu vollständig ausfüllt. Der Tumor hat eine glatte Oberfläche und ist bei Betastung schmerzhaft. Rechts und in der Mitte fühlt sich der Tumor hart an und ist unbeweglich; links ist er weicher und man glaubt hier Fluktuation nachweisen zu können. Auf beiden Seiten geht der Tumor in die Beckenwand über; man kann zwischen ihr und dem Tumor nicht hineindringen.

Innerlich fühlt man im oberen Drittel des hintern Scheidengewölbes direkt unter dem Vaginalteil einen kleinapfelgrossen prall elastischen Tumor, der die hintere Scheidenwand kuglig nach oben und die vordere Mastdarmwand nach unten vorwölbt. Der Tumor zeigt deutliche Fluktuation, auch glaubt man eine Kommunikation zwischen ihm und den oben beschriebenen, weicheren linken Partien des von aussen gefühlten Tumors nachweisen zu können.

Der Vaginalteil steht nach rechts, der Cervikalkanal ist vollständig geschlossen. Vom Uterus ist nichts zu fühlen. Derselbe ist in ein hartes, an einzelnen Stellen schmerzhaftes Exsudat eingemauert, das nahezu das ganze kleine Becken ausfüllt. Der Uterus wird vorsichtig mit der elastischen Sonde untersucht; dieselbe dringt 9 cm. horizontal nach hinten und etwas nach rechts ein.

Führt man den Zeigfinger in den Mastdarm und den Daumen in die Scheide ein, so kann man den apfelgrossen, fluktuierenden Tumor bequem zwischen die beiden Finger bekommen. Die durch das Exsudat stenosierte Stelle des Mastdarms ist bei der Rektaluntersuchung nicht zu erreichen.

Temperatursteigerung ist vorhanden.

Am 29. Dezember klagt Patientin über brennende Schmerzen, welche in die Scheide und in den Mastdarm lokalisiert werden

und zwar an die Stelle, an welcher sich der erwähnte apfelgrosse Tumor befindet: da letzterer für ein in Eiterung übergegangenes, parametritisches Exsudat gehalten wird, so wird unter den nötigen antiseptischen Kautelen von der Scheide aus eine 2 cm. lange Incision in den Tumor gemacht.

Es ergiesst sich aus der Incisionswunde im Strahl eine beträchtliche Menge — über $^{1}/_{4}$ Liter — flüssigen, nicht koagulierten und nicht übelriechenden Blutes. Die Wände des Tumors kollabieren. Die Incisionswunde wird mit zwei Seidefäden geschlossen und ein Jodoformgazetampon in die Scheide eingelegt. Die Schmerzen und die Spannung haben nach der Entleerung des Tumors aufgehört.

31. XII. Die Patientin erhält täglich Bitterwasser und Klystiere, worauf heute eine reichliche, schmerzlose Stuhlentleerung erfolgt. Das Abdomen ist verkleinert und zusammengefallen, die Patientin fühlt sich erleichtert und hat besseren Appetit. Die Uterinblutungen sind noch anhaltend.

2. I. 89. Nach vier Tagen wird der Jodoformgazetampon entfernt; der Tumor hat sich nicht wieder gebildet.

Zehn Tage nach der Incision — am 8. I. — werden die Fäden entfernt. Die Wunde ist gut geheilt, der Tumor ist nicht mehr zu fühlen.

Das parametritische Exsudat wurde in der gewöhnlichen Weise behandelt: Absolute Bettruhe, anfangs Eisbeutel, später Priessnitz'sche Umschläge, Sorge für regelmässige Defaekation, innerliche Darreichung von Jodkalium und schliesslich nach Aufhören der Blutung zu Ende Januar Anwendung von Jod äusserlich und innerlich.

Am 15. Februar wird die Patientin entlassen. Das Exsudat hat sich bis auf einen circa zweifaustgrossen, harten, vollständig schmerzlosen Tumor zurückgebildet. Der Uterus ist jetzt leicht herauszutasten; seine Hinterfläche ist in enger Verbindung mit dem Exsudat.

Die Patientin hat sich sehr gut erholt und sieht jetzt blühend aus. Der cystische, apfelgrosse Tumor hat sich im Verlaufe der

ganzen Behandlung nicht wieder gebildet und ist auch heute nicht zu fühlen.

Betrachten wir an der Hand der vorstehend mitgeteilten Krankengeschichten zunächst den ersten Fall, so handelt es sich zuerst um die Feststellung der Diagnose.

Verschiedene Momente liessen von vornherein auf eine Haematocele retrouterina schliessen. Das Fehlen irgend eines aetiologischen Momentes wie Abortus, Frühgeburt, Geburt, Verkühlung während der Periode, das Freibleiben der Parametrien, das prallelastische Anfühlen der Geschwulst, der nahezu fieberlose Verlauf der ganzen Erkrankung sprachen gegen die Annahme eines parametritischen Exsudates.

Gegen ein subseröses oder intraligamentäres Fibrom spricht der plötzliche Beginn der Krankheit und das rasche Auftreten der Schmerzen wie dieser überhaupt; ebenso das Anfühlen der Geschwulst und des Uterus und schliesslich noch das Kleinerwerden des Tumors.

Eine Ovarialcyste ist ebenfalls in anbetracht des Krankheitsverlaufes auszuschliessen.

Denken hätte man können an einen vergrösserten retroflektierten Uterus. Aber das Verhältnis zwischen Vaginalteil und Tumor war bei der Untersuchung ein derartiges, dass man sich sofort sagen konnte, dass Vaginalteil und Tumor nicht zusammen gehören, letzterer also nicht den Uterus vorstellt. Vollends aber musste man diese Annahme ausschliessen, als die Sonde nach links und oben 7,6 cm. weit eindrang und man später den anteflektierten horizontal liegenden Uterus sicher und deutlich bimanuell heraustasten konnte. Es bliebe also nur noch übrig die Differentialdiagnose zwischen Abdominalschwangerschaft und Haemotocele.

Da die Patientin mit Bestimmtheit angibt, dass die Periode niemals ausgeblieben sei, so könnte man sich — wollte man eine Abdominalschwangerschaft annehmen — die Grösse des Tumors nicht erklären. Das Ei müsste in unverhältnismässig kurzer Zeit in so hohem Grade gewachsen sein. Auch hätte man bei

einem kindskopfgrossen Ei schon festere Teile des Kindskörpers durchfühlen sollen; ferner hätte im Falle einer Abdominalschwangerschaft das grosse Ei bei der Resorption jedenfalls nicht die oben bei der inneren Untersuchung erwähnte platte Form des Tumors angenommen. Ebensowenig konnten Schwangerschaftszeichen nachgewiesen werden, die bei einer solchen Grösse des Ei's doch hätten vorhanden sein sollen.

Es bleibt also nur noch übrig, die Diagnose auf eine Haematocele retrouterina intraperitonealis zu stellen und für diese sind denn auch alle charakteristischen Symptome [1]) vorhanden.

Zunächst klagt die Patientin, die ein gelblich-anämisches Aussehen hat, über heftige Schmerzen im Unterleib und im Kreuz; Tenesmus der Blase und des Mastdarms sind vorhanden. Bei der überaus schmerzhaften äusseren und inneren, von Scheide und Mastdarm aus vorgenommenen Untersuchung, findet sich ein kindskopfgrosser, prall elastischer, nicht deutlich fluktuierender Tumor, der den Uterus, — was der Stand des Vaginalteils und die Sondierung ergibt — verdrängt hat und die hintere Scheidenwand vorwölbt. Ebenso stimmen die Temperaturverhältnisse; in der ersten Zeit wurden Temperatursteigerungen am Abend über 38,0^{0} beobachtet, die während der Behandlung zur Norm heruntergingen und sich auch im weiteren Verlauf nicht wieder einstellten.

Später ändert sich dann die Konsistenz des Tumors, seine prall-elastische Beschaffenheit verliert sich, er bekommt ein festeres Anfühlen.

Von Interesse ist es, den Einfluss der Menses auf den weiteren Fortgang der Erkrankung zu verfolgen und gerade in unserem Falle dient der Verlauf der Krankheit während der Menstruation zur völligen Sicherstellung der Diagnose.

Während gewöhnlich der erstmalige Wiedereintritt der Periode einen resorptionsbefördernden Einfluss auf die Haematocele hat, kommt es doch auch in manchen Fällen infolge der menstrualen Kongestion zu einem Recidiv.

---

1) cf. *Schickler*, pag. 22.

Die erste, Anfangs Dezember sich wieder einstellende regelmässige Menstruation war abgesehen von einer geringen Zunahme der Schmerzen ohne weiteren schlimmen Einfluss auf das Befinden der Patientin. Auch war nach derselben keine Grössenzunahme des Tumors zu bemerken.

Anders dagegen gestalteten sich die Verhältnisse beim Auftreten der nächstfolgenden Periode, welche zur richtigen Zeit Anfangs Januar eintrat. Auffallend war, dass zwei Tage nach dieser Menstruation sich wieder die alten heftigen Schmerzen im Kreuz zeigten, weshalb eine genaue Untersuchung vorgenommen wurde. Dieselbe ergab eine Vergrösserung des Tumors, auch war derselbe bei der Untersuchung wieder schmerzhaft. Es hatte sich also während der letzten Periode zweifellos die Haematocele wieder angefüllt. In dieser Beziehung lässt sich der Fall an die von *Voisin, Ohlshausen, Säxinger* u. a. mitgetheilten anreihen [1]).

Die verschiedenen Symptome [2]), welche für einen intraperitonealen Sitz der Haematocele sprechen, waren in unserem Fall so deutlich ausgeprägt, dass man eine extraperitoneale Haematocele ausschliessen kann. Der Tumor hatte seinen Sitz hauptsächlich auf der rechten Seite; der Uterus war nach links und oben hinter die Symphyse gedrängt, das hintere Scheidengewölbe und der Douglas halbkuglig nach vorne gewölbt; auch waren zwischen Uterus und Beckenwand rechts und links noch Partien, die durchzutasten waren. Die Resorption ging verhältnismässig rasch von Statten, und ebenso war die Schmerzhaftigkeit eine lang andauernde.

Nachdem nun die Diagnose auf eine Haematocele retrouterina intraperitonealis sicher gestellt ist, ist weiter die Frage zu beantworten, auf welche Weise in diesem Fall der Bluterguss in das Peritoneum hinter dem Uterus zu Stande gekommen ist.

Als wesentliches, aetiologisches Moment dürfte wohl der kleine, oben beschriebene nussgrosse, sehr schmerzhafte Tumor,

---

1) cf. *Schickler* pag. 24.
2) l. c. p. 27.

den man rechts von der Mittellinie bei der äusseren Untersuchung fühlte, herbeigezogen werden — es liegt sehr nahe anzunehmen, dass dieser Tumor eine beginnende Tubenschwangerschaft war.

Da die Menstruation, wie mit aller Bestimmtheit von der Patientin angegeben wird, nie ausgeblieben ist, so kann man annehmen, dass die Patientin entweder direkt vor oder direkt nach der letzten Periode konzipiert hat, und dass, wenn sich das Ei an seinem richtigen Platz im Uterus entwickelt hätte, die nächste Periode mit Wahrscheinlichkeit ausgeblieben wäre. Die Grösse des Eies würde ungefähr einer Schwangerschaftszeit von vier Wochen entsprechen. Ferner kann man für die Annahme einer Tubenschwangerschaft die gleichzeitige Vergrösserung des Uterus — die Sonde drang 7,6 cm. ein — in's Feld führen und ausserdem, dass die eingetretene Blutung, für welche man kein aetiologisches Moment finden kann, längere Zeit continuierlich mit wechselnder Stärke anhielt; beide Symptome werden ja gewöhnlich bei Tubenschwangerschaft beobachtet. Die auffallende Schmerzhaftigkeit würde auf Spannung, Dehnung und Zerrung der Tube durch das wachsende Ei zu erklären sein. Das verhältnismässig rasche Verschwinden des kleinen Tumors ist wohl so aufzufassen, dass entweder die Tube bei der Aufnahme der Kranken in die Klinik schon geborsten war und dass dann im Verlaufe der ersten Tage der Behandlung der Inhalt sich völlig in die Bauchhöhle entleerte; oder aber ist wegen der Kleinheit des Ei's wohl eher anzunehmen, dass dieses abgestorben und in der Tube selbst resorbiert worden ist.

Ausser allen angeführten objektiven Erscheinungen kann für die Diagnose einer Tubenschwangerschaft auch noch der Umstand zu Hilfe genommen werden, dass keine anamnestischen Anhaltspunkte vorhanden sind, aus denen man sich das Entstehen einer Haematocele erklären könnte.

Es wäre also mit der Annahme einer Tubenschwangerschaft die Entstehung dieser Haematocele retrouterina intraperitonealis unschwer zu erklären; denkt man an eine Berstung der Tube, so kam es infolge davon zu einer Blutung in die Bauchhöhle;

war das aber nicht der Fall, so kann sich auch aus der unversehrten, aber hyperämischen und jedenfalls krankhaft veränderten Tube Blut in die Bauchhöhle ergossen haben.

Der zweite Fall wird dadurch interessant, dass wegen eines diagnostischen Irrtums — man hatte den im hinteren Scheidengewölbe fühlbaren fluktuierenden Tumor für ein in Eiterung übergegangenes parametritisches Exsudat gehalten — die Haematocele von der Scheide aus operativ eröffnet und entleert wurde. Es entleerte sich anstatt des gehofften Eiters aus der Incisionswunde völlig flüssiges Blut ohne jegliche Cruormassen, was deswegen erwähnenswert erscheint, weil nach der Anamnese zu schliessen die Haematocele jedenfalls schon mehrere Tage bestanden hatte.

Der weitere günstige Verlauf, die glatte Heilung der Wunde und das Ausbleiben eines Recidivs während des Aufenthalts in der Klinik verdienen meines Erachtens noch ganz besondere Erwähnung. Es könnte dieser günstige Verlauf dazu aufmuntern, bei derartigen kleinen Blutergüssen unter peinlich eingehaltenen antiseptischen Kautelen von der Scheide aus zu incidieren, das Blut vollständig abfliessen zu lassen und dann die Scheide zu tamponieren. Jedenfalls wird man dadurch, wie auch in diesem Falle, erstens die heftigen spannenden Schmerzen auf einmal zum Verschwinden bringen und zweitens könnte man der Patientin die bei exspektativem Verfahren notwendige, oft monatelange Bettruhe ersparen.

Die Aetiologie für die Haematocele wird sich in diesem zweiten Fall wohl ohne Schwierigkeiten herausfinden lassen. Aus den in der Anamnese angegebenen Schmerzen und Beschwerden musste man die Diagnose auf eine Rückwärtsbeugung des schwangeren Uterus stellen; diese Vermutung wurde durch die Angaben des früher behandelnden Arztes bestätigt. Da die Patientin den Arzt erst holen liess, nachdem sie schon einige Tage die oben angeführten Beschwerden gehabt hatte, so hat eine Lageveränderung des schwangeren Uterus jedenfalls schon einige Tage bestanden. Die Repositionsversuche, welche der

herbeigerufene Wundarzt machte, sollen sehr schmerzhaft gewesen sein und trotz mehrmaliger Versuche nicht zum Ziele geführt haben.

Man hat daher das Recht anzunehmen, dass der Uterus, welcher nicht aufgerichtet werden konnte, durch frische perimetritische Adhäsionen, Verwachsungen oder Stränge im Douglas fixiert war und dass diese pathologischen Verbindungen sei es gezerrt, gedehnt oder zerrissen wurden durch die nicht zum Ziele führenden Repositionsmanöver. Durch diese Verletzung kam es dann zu einer Blutung aus diesen jedenfalls noch sehr blutgefässreichen Adhäsionen in den Douglas. Man könnte also diese Haematocele als eine auf traumatischer Basis beruhende auffassen. Begünstigt wurde die Entstehung derselben jedenfalls auch dadurch, dass zugleich ein Abortus im Gange war, infolge dessen die Genitalorgane jedenfalls sehr blutreich waren.

Da uns bei der Zusammenstellung dieser Fälle hauptsächlich die Haematocele retrouterina interessirt, so möchte ich nicht weiter auf die gleichzeitig vorhandene Parametritis eingehen. Es wäre vielleicht nur noch zu erwähnen, dass diese Parametritis entweder infolge der öfters vorgenommenen Repositionsversuche entstanden sein könnte, oder dass dieselbe anschliessend an den erfolgten Abortus auf eine direkte Infektion zurückzuführen ist.

Einen Fall von dieser Aetiologie habe ich unter den von *Schickler* in seiner Dissertation zusammengestellten Fällen nicht vorgefunden.